№ 23. Warszawa dnia 20 Listopada / 2 Grudnia 1869 roku. Tom V.

REDAKCJA przy ulicy Królewskiéj Nr. 37.

KLINIKA.

TYGODNIK LEKARSKI.

Wychodzi w Czwartek każdego tygodnia.

w Warszawie:	Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10) Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20) Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)	na Poczcie w kopertach:	Rocznie . . Rs. 7 (złp. 46 gr. 20 Półrocznie. „ 3 k. 50 („ 23 „ 10 Kwartalnie „ 1 „ 75 („ 11 „ 20

SPOSTRZEŻENIA Z ZAKŁADÓW LECZNICZYCH.

Zakład leczniczy dla kobiét.

Drgawki u rodzącéj (eclampsia), poród przymuszony (accouchement forcé), w połogu zapalenie około-maciczne (metro-peritonitis); wyzdrowienie.

Spisał i podał Dr. **J. Rogowicz.**

(*Dokończenie*).

W podanym opisie stanu choréj po rozwiązaniu jéj zaznaczyliśmy, że źrénice jéj, wystawione na działanie światła przez rozchylenie powiek w dzień lub za zbliżeniem palącéj się świecy w nocy, *znacznie rozszerzały się.* Zjawisko to jest dla nas bardzo ważném z tego powodu, że równo z wystąpieniem jego, już więcéj napadów drgawek nie było.. Z dziewięciu ostatnich przypadków drgawek, ściśle co do zachowania się źrenic spostrzeganych, w siedmiu doczekaliśmy się ustania drgawek jednocześnie z rozszerzaniem się źrenic na działanie światła. W pozostałych zaś dwóch, źrenice ciągle obojętnie się zachowywały i drgawki trwały aż do zgonu. W jednym tylko z tych ostatnich przypadków (gdzie drgawki trwały mimo ukończenia porodu w 7-ym miesiącu ciąży), w godzinę lub więcéj po każdym napadzie drgawek, źrenice bardzo nieznacznie i to na krótko tylko roszerzały się i zwężały po kilka razy, a przy dłuższém wystawieniu ich na działanie swiatła, zwężonemi pozostawały. W tych zaś przypadkach gdzie już więcéj napadów nie było, źrenice *bardzo znacznie i stale* rozszerzały się, przyczém gałki oczne wykonywały leniwe ruchy, to w jedną to w drugą stronę, aż dopóki osi ich nie skierowały się na przedmiot przed niemi się znajdujący. Ile razy po opuszczeniu bezwładnych powiek na kilka minut, znowu takowe rozchylaliśmy, tyle razy zjawisko to powtarzało się. Toż samo miało miejsce, gdy chore sto-

pniowo wracając do przytomności same władały powiekami, aż dopóki prawie zupełnie śpiączka ich nie opuściła. Z tego zatem wnoszę, że źrenice u takich chorych pod wpływem działania światła rozszerzają się dopóty, dopóki zaburzenia w mózgu, będące następstwém drgawek, nie wyrównają się o tyle przynajmniéj, że z téj strony chorym nie grozi niebezpieczeństwo. Rozszerzanie się zatém źrenic w takich razach uważamy jako najpierwszy objaw zmniejszania się tych zaburzeń. Samo zjawisko rozszerzania się źrenic tłomaczymy w ten sposób:

Podczas każdego napadu drgawek porodowych powstaje wielkie utrudnienie odpływu krwi żylnéj z ośrodków nerwowych, respective mózgowia, krwi wodnistéj, bardzo skłonnéj do przesiąkania (*transudatio*). Przy pierwszych napadach zapewne nie przychodzi do przesięku; a tylko wykształca się przekrwienie bierne (*hyperaemia passiva*) i wtedy nietylko źrenice nie tracą w zupełności swego prawidłowego zachowania się, ale i chore jeszcze do pewnego stopnia, zwłaszcza gdy przestanki między napadami są długie, wracają do przytomności; jest dosyć czasu na przywrócenie równowagi w krwi obiegu mózgowia. Nie sądzimy jednakże, aby takowa równowaga była zupełną, zanim następny napad się zjawi. Wiadomo bowiem, że zwykle po kilku napadach, a bardzo rzadko dopiero po kilkunastu, chore takie tracą zupełnie przytomność, któréj nie odzyskują nawet w czasie wolnym między pojedyńczemi napadami. Chore takie nie słyszą, nie widzą, tracą prawie zupełnie powonienie, smak a nawet i czucie; jedynie podczas silnych bólów porodowych, zdradzają bezwiednemi ruchami poczucie bólu. Wówczas wszystkie czynności mózgu są bardzo upośledzonemi, zapewne z przyczyny znacznego ucisku, jakiego takowy doznaje skutkiem obrzęku (*oedema cerebri*). Źrenice wtedy często są zwężonemi; innym razem mają prawidłową swą wielkość, ale prawie zawsze obojętnie zachowują się na działanie światła. Jak skoro zaś rozpoczyna się wyrównanie zaburzeń w mózgowiu, będących następstwem drgawek, najpierwszą oznaką tego (dającą się rozpoznać), zdaje się być powrót prawidłowéj czynności siatkówki (*retina*), czyli inaczéj, wzrok najprzód a przynajmniéj najwyraźniéj powraca. Dla zupełnego odzyskania przez siatkówkę prawidłowéj czynności, jak zresztą i dla innych narządów, potrzeba pewnego, dosyć długiego (nieraz dwie doby) czasu, —wszystko stopniowo powraca do normalnego stanu. Nim to nastąpi, upośledzona wrażliwość siatkówki na światło powoduje rozszerzanie się źrenic, celem uchwycenia jak największéj ilości jego promieni potrzebnych do rozpoznania przedmiotu, który zapewne mimo to jeszcze niejasnym dla oka choréj się przedstawia. Tak więc, objaw ten uważamy za najpierwszy znak (spostrzeganiu naszemu dostępny) zmniejszania się zaburzeń w mózgu, napadami drgawek wywołanych. Dziewięć przypadków spostrzeganych co do tego zjawiska, z których w dwóch takowe nie miało miejsca i drgawki też nie ustały aż do śmierci, zdaje nam się być dostateczném dla usprawiedliwienia tego twierdzenia: *że gdy u choréj, dotkniętéj drgawkami porodowemi, zauważymy przy rozchylaniu jéj powiek znaczne rozszerzanie się źrenic i kierowanie się gałek ocznych na*

przedmiot przed niemi znajdujący się, możemy być pewni, że więcéj napadów drgawek nie będzie.

Jeżeli tylko jeszcze większa liczba spostrzeżeń fakt ten potwierdzi, będzie to jedyny pewny znak pod względm rokowania. Dotąd bowiem nie posiadamy nic, coby nas w niedługim czasie po napadzie takich drgawek upewniało, że już więcéj takowych nie będzie. Ukończenie się porodu bardzo często zwiastuje nam tę błogą chwilę, ale niezawsze. Najmniéj w jednéj czwartéj części ogólnéj liczby drgawek przy porodzie, takowe powtarzają się i w połogu, a nie mamy dotąd żadnych danych o tém nas ostrzegających. Wiadomość o ostatnim napadzie drgawek niemało wpłynie i na leczenie takich chorych. Zmniejszy się niezawodnie liczba upustów krwi ogólnych, bez których leczący drgawki u ciężarnych, rodzących i położnic, obejść się nie mogą, a po których powrót do zdrowia tak długim i trudnym się staje. Zmniejszy się zapewne częstość użycia środków mocno rozwalniających (drastycznych), które ze względu na spodziewane *procesa połogowe* u takich położnic, za bardzo szkodliwe uważamy. Nakoniec może ci, którzy ukończywszy poród, sądzą, że już wszystko zrobili i spokojnie chorą opuszczają, pozostaną przy niéj, aż dopóki nie doczekają się tego zjawiska, które oddalenie się ich usprawiedliwi.

Co do środków lekarskich, użytych w opisanym przypadku, celem powstrzymania drgawek, nie będziemy się wdawać w szczegółowe ocenienie skuteczności takowych,—gdyż spodziewamy się, że czytelnicy znajdą to niezadługo w obszernéj pracy o *eklampsji*, jaką jeden z kolegów wydziałowi lekarskiemu przedstawił. Nim to jednakże nastąpi, zwracamy uwagę na jeden środek niezbyt jeszcze upowszechniony przy leczeniu drgawek tego rodzaju, a tym jest wstrzykiwanie pod skórę rozczynu *octanu morfiny*. Używamy tego sposobu zadawania morfiny u dotkniętych drgawkami porodowemi od lat kilku, z rozmaitym wprawdzie skutkiem, ale z tém przynajmniéj przekonaniem, że tą drogą ten środek rzeczywiście, i w krótkim bardzo czasie dostaje się do ogólnego krwi obiegu. Zadawanie go przez usta jest zwykle połączone z wieloma przeszkodami z przyczyny utrudnionego połykania, i zaciśnięcia szczęk u takich chorych, wreszcie, dla wchłonięcia go w żołądku potrzeba nierównie dłuższego czasu, zwłaszcza gdy wnosić można, że siła chłonienia w żołądku jest również upośledzoną. Ztąd téż dozowanie trudne, a skutek niepewny i strata czasu niemała.

Jak dopiero co wspomniałem z rozmaitym skutkiem w ten sposób zadawałem morfinę. Bywały przypadki gdzie niewątpliwie przestanki między napadami do kilku godzin przedłużały się, mianowicie tam, gdzie drgawki występowały przed zastrzyknięciem niezbyt często np. co godzinę. W innych razach, więcéj gwałtownych, gdzie drgawki występowały co pół godziny lub częściéj, morfina mniéj skuteczną się okazała. Dla tego téż u kilku ostatnich chorych tego rodzaju, powtarzaliśmy zastrzyknięcie octanu morfiny w ilości $^1/_6$ grana co godzinę,—5 do 6 razy. Zatem blisko, a niekiedy *cały gran* tego środka w bardzo krótkim stosunkowo czasie, wprowadzaliśmy do ustroju.

Po trzeciem dopiero zastrzyknięciu i następnych, częstość napadów widocznie zmniejszała się. Ztąd wypadałoby wnosić, że albo zwiększyć dawkę, albo téż częściéj zastrzyknięcia powtarzać należy.

Odnośnie do opisanego przypadku widzimy, że po pierwszém zastrzyknięciu przestanek między napadami trwał godzinę (dwa razy dłużéj jak między dwoma poprzedniemi); po powtórném użyciu morfiny, następny napad opóźnił się jeszcze o kwadrans, a po trzeciem, w trzy kwadranse poród już był sztuką dokonanym; czemu chętniéj przyznajemy zasługę zupełnego przerwania drgawek w tym razie, aniżeli morfinie. Nie wątpimy jednakże, że skutkom téj ostatniej winniśmy zyskanie na czasie, wolnym od napadów tak dla nas pożądanym w tym przypadku. W ciągu niecałych trzech godzin, ujście macicy na 3 centimetry w średnicy rozwarte, zdołaliśmy powiększyć do wielkości wystarczającéj dla przeprowadzenia ręki do macicy, czego niepodobna było dokonać palcami w krótszym czasie.

Chora nie miała ani jednego napadu drgawek podczas przejazdu 7 mil po drodze żelaznéj, jako téż następnie jadąc w karecie. Jednostajne poruszenia, jakich ciało jéj doznawało podczas téj podróży, działały usypiająco w tenże sam sposób, jak kołysanie dziecka w kołysce. Jest to jeden dowód więcéj, przemawiający za użyciem morfiny, lub innych środków odurzających (*narcotica*) u takich chorych.

Zbytecznėm uważamy zastanawianie się nad każdym środkiem, jaki stosowaliśmy w celu pokonania zapalenia około—macicznego w połogu naszéj choréj, gdyż powtarzalibyśmy tylko rzeczy znane o wskazaniach i działaniu tak zwanych środków przeciwzapalnych i przyspieszających wchłonięcie (*resorbentia*) wytworzonego wysięku. Poprzestajemy zatem na skreśleniu kilku słów, dla usprawiedliwienia naszéj oszczędności w użyciu przetworów rtęciowych i podawaniu naparstnicy (*digitalis*) bardzo wcześnie, bo już czwartego dnia po porodzie.

Nasza chora użyła wszystkiego *kalomelu* gran 22, z których 12 w dzień porodu w pełnéj dawce jako środek wypróżniający; pozostałe gran 10 podawaliśmy jéj po $\frac{1}{2}$ i $\frac{1}{4}$ grana na dawkę. Wogóle jest to niewielka ilość jak dla położnicy, zapaleniem połogowém macicy dotkniętéj. Rzadko która z podobnie chorych położnic, tak skąpo zostaje przetworami rtęci traktowaną. Zwykle prócz zadawania kalomelu do wewnątrz wciera się w ściany brzuszne maść szarą (*ungt. cinereum*) po kilka drachm dziennie; a niektórzy nie poprzestając na tém, każą jeszcze grubą warstwą téj maści (na płótnie rozsmarowanéj) brzuch położnicy okładać; a to zapewe wychodząc z zasady, że „straszna choroba, wymaga potężnego leku”. Podzielamy w zupełności pierwszą część tego założenia, lecz co do potężnego działania przetworów rtęciowych czynimy uwagę, że zawsze *potężnie wyniszczająco* działają na ustrój chorego, ale niestety, na zwalczenie jego choroby nieraz bardzo niedołężnie, zwłaszcza bez miary użyte. Jeżeli gdzie, to przedewszystkiem przy środkach takiego działania jak rtęć, ścisłe oznaczenie jéj ilości wprowadzonéj do ustroju jest koniecznie potrzebném. A czyż można określić takową przy wcieraniu i okładaniu brzucha maścią szarą?

Ale mógłby kto z tego sądzić, że jestem wrogiem wcierań maści szaréj w brzuchy położnic. Tak źle nie jest. Używamy tego sposobu zastosowania rtęci, ale niestety nie u *wszystkich*, dotkniętych chorobami połogowemi; nigdy zaś nie wcieramy téj maści więcéj jak po skrupule, lub po pół drachmy 3 do 4 razy na dobę, aż do wystąpienia odczynu na dziąsłach.— Nie jeden zapewne z czytających w tém miejscu pomyśli: jakże tu nie wcierać maści szaréj, kiedy po śmierci téj lub owéj położnicy, surowo mnie krytykowano za to, że nie zastosowałem takich wcierań, mówiąc: „byłaby żyła, gdyby jéj wcierano maść szarą". Z takiemi zarzutami odzywają się już nietylko niektórzy lekarze, ale lada akuszerka, lub nie jeden z profanów; tak bowiem użycie tego środka u położnic chorych jest rozpowszechnioném.— A jednakże kto widział chociaż kilka przypadków chorób połogowych, ten niezawodnie dostrzegł, że takowe mają dwojaki charakter: raz są to procesa czysto miejscowe, innym razem od samego początku mają charakter choroby ogólnéj, z niesłychaną dążnością do rozkładu krwi (*septicaemia*); w pierwszym razie objawy miejscowe, wystarczają do objaśnienia stanu ogólnego położnicy, w ostatnim prawie zupełny brak objawów miejscowych, a stan ogólny bardzo groźnym się przedstawia.

Szczupły zakres tego sprawozdania nie dozwala nam na wyrażenie naszych pojęć co do przyczyn usposabiających, powodujących, symptomatologji i leczenia tych dwóch rodzajów chorób połogowych. W kilku zatem słowach powiemy, że w przypadkach do pierwszéj kategorji należących (do któréj zresztą zaliczamy i opisany przypadek), śmiało i z pożytkiem używamy wcierań maści szaréj, po wykonaniu miejscowego upustu krwi; tam zaś, gdzie stosunkowo do słabego natężenia objawów miejscowych, mamy groźne przypadłości ogólne i niejakie dane, znamionujące poczynający się rozkład krwi, tam mówię, użycie wcierań maści szaréj i wogóle przetworów rtęci uważamy za bezwarunkowo przeciwwskazane. Tam więcéj pożytku przyniesiemy choréj takiemi środkami jak *chinina*, *kwasy* i t. p. i temi też środkami do walki z chorobą występujemy, bez względu na zarzuty, jakie na wypadek fatalnego zejścia choroby czynić nam będą, bo działamy wtedy zgodnie z zasadami, jakie nauka po dziś dzień uświęciła.

Zatém podług tego, w opisanym przypadku powinniśmy byli uciec się do wcierań maści szaréj, — boć przecież objawy miejscowe i stan ogólny choréj, za miejscową chorobą więcéj przemawiały. — Nie uczyniliśmy jednak tego z powodu, że już czwartego dnia połogu, wystąpił odczyn na dziąsłach w skutek podanego choréj poprzednio kalomelu, a przytém natężenie objawów miejscowego zapalenia, po upuście miejscowym krwi i przy kataplazmach, znacznie zmalało. W objawach ogólnych nie zaszła jednakże tak pomyślna zmiana (tętno 100, ciepłota 38,8 C.). Dla tego téż uciekliśmy się do środka, który w wielu razach, bez zaprzeczenia bardzo korzystnie działa jako środek przeciwgorączkowy, a tym jest *naparstnica*. Ile razy zdołaliśmy miejscowemi upustami krwi i ciepłemi okładami zmniejszyć objawy miejscowe zapalenia u położnic, tyle razy podawana następnie na-

parstnica, nietylko zmniejszała częstość tętna, ale co najważniejsza, ciepłotę ciała widocznie zniżała. W opisanym przypadku również pomyślnego skutku z jéj działania doznaliśmy. I tak: czwartego dnia połogu, tętno wynosiło 100 uderzeń na minutę, a ciepłota 38,8 C. przepisaliśmy wtedy napar naparstnicy z 10 gran na 6 uncji; wieczorem ciepłota podniosła się jeszcze o 0,2, ale chora zaledwie cztery łyżki tego naparu użyła do chwili mierzenia ciepłoty. Następnego dnia rano tętno 88, a ciepłota 38,5 C., wieczorem 38,3 C. a nazajutrz tylko 38,0 C; czwartego zaś dnia użycia naparstnicy—tętno 76, ciepłota 37,5 C.

Ale aby otrzymać tak pomyślne skutki z użycia naparstnicy u położnic, potrzeba przedewszystkiem znieść o tyle miejscowe zadrażnienie, abyśmy mogli sobie powiedzieć: ból w okolicy macicy ustąpił, odchody prawidłowe co do ilości i jakości, brzuch mniéj wzdęty i t. p. jedném słowem, natężenie objawów miejscowych znacznie mniejsze i nie ma nadto żadnéj sprawy zapalnej w innych narządach ustroju, a gorączka nie zmniejsza się. Wtedy to dopiero naparstnica skutecznie działać będzie. Tak więc nie przyznajemy naparstnicy i jak innym środkom, podobnie działającym (jak np. w ostatnich czasach bardzo zachwalanéj *Trae veratri viridis* przeciwko chorobom połogowym), żadnego osobliwego (specyficznego) działania, ale jak wszędzie tak i tu, uważamy takową jako środek zmniejszający częstość tętna i zniżający ciepłotę ciała, czyli inaczéj, jako dzielny środek przeciwgorączkowy (*antipyreticum*).

DWUCHLOREK METYLENU.

przez Dr. **Minkiewicza** z Tyflisu.

C_2 H_2 Cl_2 bichloride of methylene Richardson. Nowy ogólny znieczulający środek.

Użycie chloroformu w praktyce chirurgicznéj, dając chirurgom możność dokonywania częściéj trudniejszych operacji — sprzyjało znacznemu zmniejszeniu się po nich śmiertelności.

Zdanie to zostało stwierdzone danemi statystycznemi, i niepodlega wątpliwości. Na nieszczęście chloroform niekiedy pierwiéj nim operator przystąpi do operacji, lub w czasie jéj wykonywania— zabija. Liczba podobnych nieszczęśliwych przypadków, jeźli weźmiemy na uwagę całą massę chloroformowanych, stanowi nadzwyczaj małą proporcję. Tak prof. *Pirogow* rachuje jeden przypadek śmierci na 12,000 chloroformowanych. Z liczby 11,000 operacji dokonanych na placu bitwy podczas wojny amerykańskiéj, umarło 7-miu od zatrucia chloroformem. Fakt ten jest bardzo ważnym i pocieszającym dla tego, że trudno na placu bitwy dokładnie zbadać stan ranionego, a więc łatwiéj może się zdarzyć nieuwzględnienie objawów przeciwskazujących użycie chloroformu. Z powodu znacznéj ilości chorych, potrzebujących koniecznie natychmiastowego operowania, z trudnością może chirurg obserwować samo chloroformowanie; niekiedy całkowicie sam tego widzieć nie jest wstanie. *Simpson* na 200,000 chloroformowanych wyliczył 150 przypadków śmierci. Pomimo jednakże tak małą, nic prawie nieznaczącą liczbę nieszczęść — zastraszają one chorych, budzą w nich pewną nieufność i bojaźń ku temu rzeczywiście zbawiennemu środkowi. Ta okoliczność właśnie zmusza chirurgów, *a)* zbadać

przyczynę tych nieszczęść, i *b)* odszukać, jeźli można, nowy, znieczulający, mniéj niebezpieczny środek.

Uczeni pracujący w pierwszym kierunku, głównie chemicy, zwrócili szczególniejszą uwagę na skład chloroformu, wykryli przyczynę jego psucia się, rozmaite domieszania, działające zabójczo na chorego, wskazali środki zapobiegające psuciu się jego, odkrywania domieszek, i tém zdołali w wielu razach zapobiedz nieszczęściu. Inni uczeni szukali przyczyny śmierci po zastosowaniu chloroformu w organizmie chorego, i doświadczeniem wykryli te stany chorobowe które przeciwwskazują zastosowanie chloroformu. Nie zadowalniając się temi nabytkami naukowemi, wielu chirurgów poszło inną drogą, wyżéj wskazaną t. j. odszukują nowe znieczulające środki, niezdolne szkodzić choremu. W tym kierunku pracujący uczeni, jedni wyszukiwali tak zwane ogólne znieczulające środki, inni zaś — stosowali na wielką skalę, gdzie tylko można— miejscowe znieczulenie, mające wielką przyszłość przed sobą.

Na ten raz ograniczymy się li środkami ogólnie znieczulającemi, o tyle ile to jest koniecznem dla naszych widoków.

Oto są środki proponowane zamiast chloroformu. *Petrequin*, znamienity chirurg lioński, radził znowu używać po dawnemu eter, czemu się stanowczo oparł ś. p. *Velpeau*. *Rob*, *Ellis* i inni chirurgowie angielscy, używają mieszaniny eteru, spirytusu i chloroformu w postaci pary. Doświadczenie nie stwierdziło ani ich nadziei, ani zachwalań. Jeźli mechanicznie zmieszamy te środki i wdychać polecimy, to chory nie będzie jednocześnie, wszystkie wdychał, ale kolejno, pierwiéj te które łatwiéj parują i prędzéj wrą. Zapobiegając téj niedogodności Dr. *Ellis* taki urządził apparat, że pary eteru, spirytusu i chloroformu, powstające oddzielnie, łączą się z sobą w płucach. Tym sposobem udawało mu się małemi dozami chloroformu (dr. 1—1 $^1/_2$) w ciągu godziny dojść do znaczniéj narkozy u położnic.

1856 roku *John Snów* zaproponował zastąpić chloroform amylenem. Dr *Giraldès* — spostrzeżenia Dr. *Snów* o skutkach działania tego środka podał d. 4 marca r. 1857 do wiadomości T-wa chirurgicznego Paryzkiego.[1]) Postrzeżenia i doświadczenia o skutkach działania tego środka przekonały, że on pod każdym względem ustępuje chloroformowi, i tę ma szczególniejszą niedogodność, że go się zanadto dużo zużywa przy operacji. W r. 1859 wielu chirurgów, szczególniéj paryzkich, zajmowała kwestja znieczulania za pomocą hypnotyzmu. Roku 1863 Dr. *Portner*, a za nim i inni chirurgowie amerykańscy, zwłaszcza dentyści, znając własności tlenku azotu N_2O — (gaz hilaire, Lustgas) poczęli go używać przy operacjach, szczególniéj przy wyrywaniu zębów. Dr. *Colton*[2]) —pierwszy, razem z D-rem *Ewans* w Paryżu, używał tego środka do znieczulenia, którego działanie prędko się rozpoczyna i zaraz téż ustaje. Po 15—20 wetchnieniach, niekiedy nawet 2—3 już się rozwija znieczulenie, trwające 30—50 sekund. Pomimo to jenakże Dr. *Berghamer* widział trzy przypadki śmierci po zastosowaniu tego środka. Dr. *L. Hermann* z Berlina, który dawniéj wiele się zajmował badaniem własności tlenku azotu N_2O uważa go jako niebezpieczny, i stanowczo odrzuca, ponieważ on jest niezdolny zastąpić tlen przy oddychaniu. Wdychany w czystym stanie sprawia asfiksję; mieszanina zaś jednéj części N_2O z 4 cz. tlenu nie posiada własności znieczulających. Wreszcie, przed każdą operacją należy gaz ten przygotowywać, co jest wcale niedogodne.

Dr. *Benjamin Richardson*, specjalnie trudniący się badaniem rozmaitych

---

[1]) Bull. de la societé de chirurgie de Paris F. VII str. 354, 384.

[2]) Przegl. Lek. 1867. Nr. 45, 1868 Nr. 19, 20.

środków znieczulających, wspólnie z *Nutl Wersemanem* ułożył listy tych wszystkich środków które są:

N A Z W Y.	Formuły.
1) Protoxyde d'azote	N_2 O.
2) Oxyde de carbone	C O.
3) Ac. carbonique	C O_2
4) Hydrogéne carboné léger	CH_4 O.
5) Hydrure de methyle, gas de marais	
6) Alcool méthylique	
7) Éther méthylique	$(CH_2)_3$ O,
8) Chlorure de méthyle	CH_3 Cl.
9) Bichlorure de méthyléne	CH_2 Cl_2
10) Terchlorure de formyl	CH Cl_2
11) Tetrachlorure de carboné	C. Cl_4
12) Hydrogéne carboné lourd	C_2 H_4
13) Gaz olefiant; éthyléne	
14. Alcool ethylique (alcool absolu)	C_3 H_6 O.
15) Ether (ether absolu)	$(C_2 H_5)_2$ O.
16) Chlorure d'éthyle	C_2 H_5 Cl_6
17) Bichlorure d'ethyléne (liquer des Hollandais)	C_2 H_4 Cl_2
18) Alcool amylique (huile de pomme de terre)	C_5 H_{12} O.
19) Hydrure d'amyle	C_5 H_{12}
20) Amyléne	C_5 H_{10}
21) Hydrure de caproyle (esprit leger de pétrole)	C_6 H_{14}
22) Benzol	C_6 H_6
23) Esprit de terebinthine	C_{20} H_{16}

Dr. *Richardson* zrobił następujące trzy ważne wnioski względem środków znieczulających: a) znając skład chemiczny par niepodobna oznaczyć o ile one posiadają przymioty znieczulające.

b). Niepodobna oznaczyć stopnia znieczulenia z usposobieniem ciała do zniszczenia, palenia.

3. Przeciwnie istnieje stosunek między własnościami znieczulającemi par, ich spójnością, gęstością (densité) i zdolnością diffundować się w powietrzu i we krwi w płucach.

R. 1867 Dr. *Richardson* zakomunikował Britisch Association forthe advencement of sciences, wiadomo że wynalazł nowy środek ogólnie znieczulający: dwuchlorek metylenu (bichloride of methylene); ale zachował sobie sekret jego przyrządzenia. *Richardson* robił doświadczenia na gołębiach, zwierzętach i następnie na człowieku. Angielscy chirurgowie, którzy używali tego środka, chwalą takowy. Następnie przeszedł on na kontynent. O ile mi wiadomo, prof. *Nussbaum* z Monachium, pierwszy na kontynencie używał dwuchlorku metylenu i jego doświadczenia wypadły na niekorzyść tego środka. Potem prof. *Patruban* w Wiedniu, otrzymawszy od tegoż *Nussbaum'a* ten środek, robił doświadczenia i króciuchną podał o nim wiadomość dnia 3 Stycznia 1868 r. na posiedzeniu wiedeńskich lekarzy, zachwalając ten środek. We Francji doświadczali tego środka *Tourdes*, *Sarazin*, *Hepp* i *Rigaud* (w Strasburgu.)

W Sierpniu 1868 r. *Millet* podał do medycznego wydziału Strasburskiego inauguralną rozprawę o dwuchlorku metylenu. W Król. Polskiém, o ile mi wiadomo, prof. Szkoły Głównéj p. *Girsztowt*, pierwszy znieczulał tym środkiem. Na posiedzeniu oddziału chirurgicznego Tow. Warszawskiego dnia 2 Grudnia n. s. 1867 r. oświadczył on, że otrzymał dwuchlorek metylenu do robienia doświadczeń.

Tamże dn. 3 Lutego nast. r. w obec członków znieczulił 11-letnie dziecko,

nalawszy na chustkę dwuchlorek metylenu i trzymając mu takową przed nosem. Dziecko po 3-ch wetchnieniach zasnęło. Przytém niezauważano żadnych gwałtownych ruchów, tętno się nie zmieniało, sen był mocny, co się stwierdzało tém, że ani kłucie, ani szczypanie jego nie sprawiało żadnych odruchów. Po 6 minutach chłopczyk się ocucił, zaczął chodzić i skarżył się li tylko na lekki ból głowy [1].

Ten właśnie fakt zachęcił mnie do bliższego poznania własności tego środka. Poprosiłem aptekarza *Kersten'a* aby zapisał z Londynu dwuchlorek metylenu z apteki *Robins'a*, jedynie posiadającéj sekret przyrządzania tego środka.

Zanim podam opis moich własnych doświadczeń, dokonanych z tym środkiem, udzielam wszystko co mi jest wiadomem, o ile pozwalają tutejsze środki naukowe. *(D. c. n.)*.

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

HYGIENA PRYWATNA I PUBLICZNA.

Obrona od ostrych chorób zakaźnych i przewlekłych schorzałości w skutek chronicznych chorób konstytucyjnych.

Sprawozdawca **B. Lutostański.**

Wpływ wilgoci gruntu na powstawanie suchot płucnych.

Suchoty płucne, jak wiadomo, należą do rzędu chorób najpospolitszych, bo liczba śmierci w skutek gruźlicy, według obliczeń *Hirsch'a*, wynosi średnią część całéj śmiertelności wogóle. Ważną przeto jest rzeczą znać etiologję i patogenezę téj choroby zabójczéj, zabierającéj tysiące ofiar z łona osłabionéj społeczności dzisiejszéj, szczególnie po wielkich miastach. Ważny przyczynek do nauki o przyczynach choroby będącéj w mowie, stanowią badania Dra *Buchanan* nad wpływem wilgotności ziemi na powstawanie suchot płucnych, zamieszczone w obszernym dodatku do *Tenth report of the medical-officer of privy-council* za rok 1867. [2])

Już w sprawozdaniu naczelnego inspektora zdrowia w Anglji D-ra *Simon* za r. 1866, wykazanem zostało z wielką jasnością, iż w 25-ciu miastach angielskich po wprowadzeniu ogólnych ulepszeń sanitarnych, wywierających wielki wpływ na osuszenie gruntu, to jest podziemia tych miast, śmiertelność od gruźlicy ogromnie się zmniejszyła. Zmniejszenie to wynosiło w różnych miastach od 11% do 49% i było, rzec można, najważniejszém polepszeniem ogólnego zdrowia. Podobne wypadki niewątpliwy wykazały związek przyczynowy między wilgotnością gruntu i suchotami, w skutek czego Izba wyższa na przedstawienie Dra *Simon* uchwaliła prowadzenie dalszych poszukiwań w tym kierunku, które powierzono doktorowi *Buchanan*.

Badacz ten, chcąc wykryć i uzasadnić istnienie przyczynowego związku między wilgocią ziemi i pojawianiem się suchot płucnych, z wielką sumiennością opracował istniejący materjał statystyczny trzech hrabstw: Kent, Surrey i Sussex, których wierzchnie warstwy ziemi dokładnie były dawniéj pod względem geologicznym już zbadane. Do badań więc tych posłużyła ludność 1,118,372 zamieszkała na przestrzeni 3,812 mil kwadratowych angielskich. Użyte były cyfry przeciętne z 10-ciu lat i wziętą pod uwagę ludność w wieku od 15 do 55 lat.

Autor najprzód oznaczył cyfrę śmiertelności na suchoty, przypadającą na każdy z 58 obwodów, na które są podzielone wzmiankowane trzy hrabstwa, przyczém uwzględnił wszelkie wpływy miejscowe, mogące oddziaływać na powiększenie śmiertelności gruźliczéj w po-

---

1) Pam. Tow. Lek. Warszaw. 1868 r. Kwiecień.

2) Zobacz *Deutsche Viertel-jahrschrift für öffentliehe Gesundheitspflege.*, Bd. I, 2 Heft, 1869.

jedynczych obwodach. Na téj podstawie uporządkował wszystkie obwody w szereg, poczynając od obwodu przedstawiającego najmniejszą względną śmiertelność na suchoty. Koniec szeregu stanowi obwód z największą cyfrą śmiertelności gruźliczéj.

Następnie, opierając się na opisie geologicznym trzech hrabstw, szczegółowo roztrząsa grunt każdego z obwodów, przyczém podaje przestrzeń jego, naludnienie, geologję i topografję terrenu, opisuje cechy górotworów z podaniem przepuszczalności dla wody każdéj z formacji i nareszcie własności gruntu, na którym stoją miasta i wsie.

To oznaczywszy, autor oblicza w każdym obwodzie liczby mieszkańców przypadające na pojedyncze formacje gruntów, spostrzegane w każdym z roztrząsanych obwodów. Na podstawie tych dat *Buchanan* ułożył tablicę zawierającą następujące przedziały:

a) Obwody ustawione według cyfry śmiertelności na suchoty płucne, począwszy od obwodu przedstawiającego najmniejszą śmiertelność tego rodzaju.

b) Ludność każdego z obwodów podług obliczeń z r. 1861.

c) Procentowy rozkład ludności każdego obwodu, zamieszkującéj na pojedynczych formacjach, których *Buchanan* podaje 13, przyczém zwraca uwagę na formacje mieszane i oznacza w takich razach, ile ludności przypada na grunt przenikliwy dla wody, a ile na nieprzenikliwy.

Już z ułożonéj w taki sposób tablicy okazuje się, iż czém obwód jaki przedstawia mniejszą śmiertelność na suchoty, tém większa część jego ludności zamieszkuje na gruncie przepuszczalnym dla wody, to jest suchym i odwrotnie.

W celu jednak dokładniejszego uzasadnienia tego twierdzenia, czém grunt jest suchszy, tém mniéj przytrafia się na nim przypadków suchot płucnych, autor uznał za konieczne obliczyć z możliwą dokładnością liczbę ludzi zamieszkujących na gruncie suchym i wilgotnym. Zamiar ten atoli napotkał nieprzezwyciężone trudności, gdyż grunt rozmaitych formacji nie da się z sobą porównywać pod względem przepuszczalności lub nieprzepuszczalności dla wody, a stopień tych własności gruntu bywa rozmaity. Daléj dla tego, iż suchość lub wilgotność gruntu zależy nie tylko od formacji geologicznéj, lecz także od ukształtowania terrenu, powierzchownego lub głębszego położenia warstw i od rodzaju podłogi, na któréj spoczywają warstwy powierzchowne, wywierającéj znaczny wpływ na przenikliwość lub nieprzenikliwość dla wody warstw zwierzchnich. Z tych powodów *Buchanan* do wykazania, iż w saméj rzeczy śmiertelność gruźlicza zależy od wilgotności gruntu, użył następującego sposobu.

Wszystkie obwody podzielił na 5 grupp obejmujących po 10 obwodów. *) Pierwsza gruppa zawiera obwody posiadające najmniejszą śmiertelność na suchoty płucne, piąta zaś najwyższą cyfrę śmiertelności gruźliczéj. Dla każdéj gruppy obliczył stosunek procentowy ludności mieszkającéj na gruncie przepuszczalnym i nieprzepuszczalnym dla wody. Wypadki tego zestawienia przedstawia następująca tablica.

	Gruppa A.	Gruppa B.	Gruppa C.	Gruppa D.	Gruppa E.
Liczba mieszkańców	219,516	205,610	186,941	188,395	143,482
Na tysiąc (1000) mieszkańców żyje na gruncie bardzo przepuszczalnym	897	806	577	744	636
Na 1000 mieszkańców żyje na gruncie średnio przepuszczalnym . . .	24	142	76	96	12
Na 1000 mieszkańców żyje na gruncie bardzo nieprzepuszczalnym dla wody	79	52	167	160	352

*) Liczba śmiertelności w 8 obwodach nie była dokładną i dla tego obwody te nie zostały wzięte pod uwagę.

Jeżeli cyfry średniego oddziału rozłożymy równomiernie na pierwszy i trzeci oddział, wtedy otrzymamy następny nader jasny pogląd na będące w mowie stosunki.

Gruppa obwodów	Na gruncie przepuszczalnym	Na gruncie nieprzepuszczalnym
A. Z najmniejszą ilością suchot	909	91
B. Z małą ilością suchot.	877	123
C. Ze średnią śmiertelnością na suchoty	795	205
D. Z większą ilością suchot	792	208
E. Z największą śmiertelnością na suchoty. . .	662	358

Tablica powyższa również jasno okazuje, iż wielkość śmiertelności na suchoty zależy od przepuszczalności lub nieprzepuszczalności gruntu. Że jednak wilgotność gruntu zależy nie tylko od fizycznych jego własności, ale także od topograficznych stosunków, przeto *Buchanan* nie poprzestał na powyższych dowodach, lecz cały materjał statystyczny obrobił w inny jeszcze sposób.

Z 58 obwodów wybrał i zestawił obok siebie najwięcéj zbliżone do siebie pod względem położenia i własności geologicznych i porównywał śmiertelność na suchoty płucne w obwodach z gruntem przeważnie przepuszczalnym dla wody, a liczbę suchot w obwodach z gruntem przeważnie nieprzepuszczalnym. Tak naprzykład, obwody przeważnie posiadające grunt piaszczysty lub gliniasty porównane z sobą, dają następującą tablicę nader pouczającą.

Obwody ustawione w szereg według śmiertelności na suchoty	Stosunek procentowy ludności mieszkającéj	
	Na gruncie piaszczystym	Na gruncie gliniastym
Cranbrork (najmniejsza śmiertelność z przytoczonych tutaj obwodów)	95	5
East Grinstead	82	18
Battle	80	20
Maidstone	66	24
Hatsham	61	39
Tenterden	42	58
Petworth (największa śmiertelność na suchoty z 7-miu zamieszczonych tutaj obwodów . .	30	70

Tablica ta znów okazuje, iż czém więcéj mieszkańców przypada na grunt piaszczysty, tém rzadziéj występują suchoty, i czém większa ludność zamieszkuje na gruncie gliniastym, tém suchoty płucne częściéj się przytrafiają.

Nareszcie *Buchanan* porównywał z sobą obwody posiadające grunt przepuszczalny w ogóle, ale za to odmienne stosunki topograficzne, które w jednych obwodach ułatwiają, w drugich zaś utrudniają odpływ wilgoci. Otóż z tego porównania okazało się, iż suchoty rzadziéj się pojawiają między ludnością żyjącą na gruncie przepuszczalnym wysoko położonym z odpowiednim spadkiem, aniżeli na takim samym gruncie w nizinach i nieckowatych zagłębiach. Jeżeli zaś weźmie się pod uwagę obwody posiadające w ogóle grunt nieprzepuszczalny dla wody, to większa lub mniejsza śmiertelność na suchoty płucne zależy znów od topograficznych stosunków terrenu, które albo sprzyjają, albo też utrudniają zastój wilgoci.

W tych obwodach gdzie woda gruntowa ma łatwy odpływ, śmiertelność na suchoty jest mniejsza, w obwodach zaś z gruntem nieprzepuszczalnym i trudnym odpływem dla wody, śmiertelność gruźlicza jest większa.

Poszukiwania powyższe doprowadziły autora do następujących wniosków.

„1) W hrabstwach Kent, Surrey i Sussex suchoty płucne rzadziej się pojawiają między ludnością żyjącą na gruncie przepuszczalnym, aniżeli na gruncie nieprzepuszczalnym.

2) W tychże hrabstwach suchoty rzadziéj się pojawiają między ludnością żyjącą na gruncie przepuszczalnym wysoko położonym, aniżeli na takimże gruncie nizko położonym.

3) W tychże hrabstwach suchoty płucne rzadziéj występują między ludnościa zamieszkałą na gruncie nieprzepuszczalnym pochyłym, aniżeli na takimże gruncie płaskim.

4) Związek między wilgotnością gruntu a suchotami płucnemi został w tych poszukiwaniach wykazany.

a) przez istnienie jednakowéj w ogóle śmiertelności na suchoty w obwodach, które dla przepuszczalności wody posiadają jednakie warunki geologiczne i topograficzne.

b) przez istnienie w ogóle różnych śmiertelnosci w obwodach różnych pod dwoma dopiero wzmiankowanymi względami.

c) przez wynalezienie doń prawidłowéj zgody między wahaniami w śmiertelności na suchoty i w wilgoci ziemi; z jednéj strony wiele suchot przy silnéj wilgotności gruntu z drugiéj znów mało suchot przy słabéj wilgotności ziemi. Związek między wilgotnością gruntu i suchotami został wykazany w zeszłoroczném sprawozdaniu na innéj drodze, a mianowicie:

d) iż w miastach, w których wilgotność ziemi sztucznie została usuniętą śmiertelność na suchoty ogromnie się zmniejszyła, co nie miało miejsca w miastach, w których grunt dotychczas osuszonym nie został.

5) Wszystkie wnioski powyższe dadzą się streścić w ogólném twierdzeniu, dającém się zastosować do wszystkich obwodów.

Wilgotność gruntu jest przyczyną suchot pojawiających się między ludnością na gruncie takim zamieszkałą.

Z badań *Buchanan'a* można się przekonać o ważności statystyki śmiertelności, jeżeli z cyfr przez nią podawanych potrafimy korzystać, jeśli umimy wykrywać utajone w nich prawa i oznaczać udział składowych przyczyn ogólnéj wypadkowéj śmiertelności przez odpowiednie porównawcze badania.

Poszukiwania, które podaliśmy tutaj w obszerném streszczeniu, są niezmiernie ważne pod względem etiologicznym, odsłaniają nam bowiem jedną z przyczyn suchot płucnych. Nie osłabiają wpływu innych przyczyn odmiennéj natury, głównie przyczyn socjalnych téj choroby, wskazują one, iż przez osuszenie gruntu można zmniejszyć śmiertelność na suchoty nawet w miejscach gdzie nędza, przepełnienie mieszkań, niedostatek wszelkiego rodzaju i wynikające ztąd złe odżywianie ustroju podkopują zdrowie mieszkańców i uspasabiają ich do suchot. Z badań *Buchanan'a* okazuje się, że suchoty w miejscach wilgotnych stać się mogą chorobą miejscową jeźli zbiegną się inne przyczyny pomocnicze téj ciężkiéj plagi społecznéj. Dla hygieny publicznéj poszukiwania te są niezmiernie ważne, gdyż wykrywając przyczynę, podają zarazem środki obrony od suchot przez osuszenie miejsc zamieszkałych przez ludzi.

Naczelny inspektor zdrowia w Anglji Dr. *Simon*, opierając się na tych badaniach, żąda w swém sprawozdaniu, aby osuszenie gruntu miast, miasteczek i wsi przeprowadzoném zostało na dzodze ustawodawczéj przez wydanie przepisów nakazujących wszędzie osuszenie gruntu, a zarazem zapobiegających wszekiego rodzaju ograniczeniom naturalnego drenażu.

Anglja, przodując w rzeczach hygieny publicznéj reform sanitarnych, daje przykład rządom i ludom, jakiéj doniosłości bywają badania hygieniczne dla dobra powszechnego.

Spodziewać się należy, że wypadki poszukiwań *Buchanan'a* zostaną wkrótce potwierdzone na kontynencie i przez to uzyskają prawo obywatelstwa w umiejętności.

Żywienie dzieci jako środek ochronny przeciw gruźlicy.

Żadna choroba nie posiada tych badań nad etiologją i patogenezą co suchoty płucne. Niestety nie zawsze doprowadzały one do pożądanych rezultatów. W najnowszych czasach

urosła ogromna literatura o środkach zapobiegających rozwijaniu się gruźlicy i w tym względzie proponowane były najdziwaczniejsze metody- Z pism ogłoszonych w tym przedmiocie w r. 1868 zwracam uwagę czytelników na pracę *Seilera* (De la prophylaxie de la tubercalose. Gaz des Höpitaux 124, 126—1868).

Lekarz ten, w celu zapobieżenia rozwijania się suchot płucnych w późniejszym wieku, zaleca rozpoczynać postępowanie zapobieżne od dzieciństwa. Żywienie osesków i dzieci niewątpliwie ważny wywiera wpływ na przyszłość cielesną, stan oporności i zdrowia organizmu w późniejszym czasie. Według *Seiler'a* przeto należy oseski nie tylko karmić mlekiem w ogóle, lecz jednocześnie podawać im odwary z ryżu i skórki od bułek i chleba. Radzi on wcześnie odstawiać dzieci od piersi i przechodzić do pożywienia konsystentnego, gdyż przyjmowanie znacznych ilości cieczy jest szkodliwe dla dziecięcego ustroju. Skoro dzieci będą starsze, należy przejść do djety mięsnéj, a gdzie ta jest niemożliwą z braku środków pieniężnych, wypada ją zastąpić potrawami z roślin strączkowych (zupą grochową), unikając kartofli i chleba. Hartowanie ciała na wpływy atmosferyczne zwolna należy przeprowadzać z uwzględnieniem sił dziecięcia. Najważniejszą rzeczą zdaje się być rozszerzenie i rozwijanie klatki piersiowéj za pomocą odpowiedniéj gimnastyki. Gdzie muskulatura jest bardzo wiotka można próbować elektryzowania mięśni piersiowych za pomocą prądu przerywanego.

Środki djetetyczne podawane przez *Seiler'a*, bez wątpienia są pożyteczne choć nie nowe, lecz nie można ich bezwarunkowo zachwalać. Rozumowane żywienie dzieci nie jest rzeczą łatwą. W téj mierze nie można ustanawiać szczegółowych prawideł, gdyż sposób najlepszy w danym razie żywienia osesków i starszych dzieci zależy od stanu dróg pokarmowych. Jedne dzieci lepiéj się żywią mlekiem i pokarmami płynnemi, aniżeli mięsem i pożywieniem stałém. Tylko lekarz domowy nieustannie czuwający nad stanem dziecięcia może najlepiéj kierować i regulować djetę. Mojém zdaniem, najważniejszym warunkiem dobrego pielęgnowania dzieci, jest czyste powietrze i ruch na wolném powietrzu. Od tego głównie, jeżeli nie wyłącznie, zależy dzielność trawienia, a od niéj znów zawisła ilość pokarmu jaką organizm przyjąć może i obrócić na swój pożytek. Podniesienie dzielności trawienia u dzieci z upośledzoném odżywianiem jest pierwszém choć trudném zadaniem każdego lekarza. U dzieci dobrze trawiących wcześnie bardzo można próbować przy złem odżywianiu djety tłuszczowéj, ma się rozumieć racjonalnie zastosowanéj i ostrożnie przeprowadzonéj. Zapatrując się ze stanowiska zbawiennego działania tłuszczów na żywienie w ogóle, zasługuje na uwagę zdanie *Brekenridge'a* (on the influence of a digestive habit in the production of tuberc ulosis Med. Times and. Gaz. 4 June 1868), iż suchoty płucne rozwijają się u takich osób u których trawienie tłuszczów jest upośledzone.

Wszystkie te rady szczególniéj mają zastososowanie przy pielęgnowaniu dzieci pochodzących od rodziców gruźliczych. Żywienie takich dzieci zasługuje na największą troskliwość ze strony lekarza, jeżeli chcę się o tyle o ile zapobiedz rozwinięciu się suchot w późniejszym wieku. Dla osesków pochodzenia gruźliczego podawanie mocnych rosołów z cukrem obok pokarmu jest bardzo pożyteczne. Że suchoty a raczéj usposobienie do nich jest dziedziczne, nie ulega to najmniejszéj wątpliwości. Przychodzeniu na świat dzieci pochodzenia gruźliczego nie jesteśmy w stanie zapobiedz, gdyż zabronić zawierania małżeństw między osobami gruźliczemi niepodobna. Ani państwo ani rodzina nie ma prawa pozbawiać człowieka pracowitego użycia narzędzi płciowych. W tym razie można tylko radzić, ostrzegać ale nigdy zakazywać. Za to na rodzicach gruźliczych ciąży tem większy obowiązek przy pielęgnowaniu i wychowaniu dzieci, aby przez racjonalne żywienie zmniejszyć grożące niebezpieczeństwo.

Lecz wszelkie rady dobrego żywienia dzieci w celu uchronienia ich od suchot są najczęściéj głosem wołającego na puszczy, bo suchoty płucne połączone są z najściślejszemi węzłami—z biedą i nędzą materjalną. Między ludnością ubogą, pozbawioną wszystkiego co do życia jest nieodzownem, suchoty dwa razy częściéj się pojawiają aniżeli między klasami zamożnemi (*Oesterlen*). Czém więcéj stosunki społeczne sprowadzają niedostatków i pozbawiają człowieka warunków hygienicznych i możności pielęgnowania zdrowia, tém więcéj pojawiają się suchoty płucne. Źle odżywieni rodzice nie mogą płodzić zdrowych dzieci. W bie-

dzie i nędzy rady dobrego żywienia dzieci na nic się nie przydadzą, bo rodzice nie są w stanie swoich dzieci wyżywić. Ochronki, żłobki, szpitaliki dziecinne i tym podobne instytucje dobroczynności prywatnéj wiele wyświadczyć mogą w téj mierze dobrodziejstw przez troskliwą opiekę nad dziećmi rodziców pogrążonych w nędzy materjalnéj, któréj nieodłącznie towarzyszy upadek moralny.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Posiedzenia Towarzystw lekarskich francuzkich w m. Październiku.

Sprawozdawca **Gustaw Lewandowskiego**, Lekarz prakt. w Radomiu.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE PARYZKIE.

Rozprawy, jakie miały miejsce w Tow. Lekar. nad kwestją śmiertelności położnic, dowodzą jak najlepsze ideę, nie łatwo wchodzą w życie, jeżeli nie są z dziedziny polityki lub interesów materjalnych. Już przed dwudziestu kilku laty wszyscy lekarze, kierujący oddziałami położnic w szpitalach, zaznaczyli niezmierną śmiertelność takowych. Radzili zniesienie tych oddziałów albo przynajmniéj radykalną ich reformę. Pomimo tego administracja szpitalna wzięła się zaledwie do częściowych ulepszeń. Wybudowano w ogrodzie przy szpitalu Cochin wspaniały pałac dla rodzących, który odpowiadał wszelkim wymaganiom czystości i rozkładu właściwego, marły jednakże tam położnice w sposób straszliwy.

Wtedy z wysokości trybun akademickich specjaliści zaczęli domagać się reform radykalniejszych. *Dépaul* powiedział: ze wszystkiego co wiadomo o przebiegu gorączki połogowéj, widoczném jest, że rozwija się prawie wyłącznie w domach, gdzie są zebrane w pewnéj liczbie kobiety rodzące, a przypadki, które zdarza się spotykać w praktyce prywatnéj są w ogóle rozszerzeniem się epidemji skoncentrowanych najprzód w szpitalach,—że epidemja rozwinięta tém łatwiéj i fatalniéj się szerzy, im liczba kobiet zebranych razem jest większą. Z drugiéj strony ponieważ jest pewném, że przypadki śmierci z gorączki połogowéj są bardzo rzadkiemi w praktyce prywatnéj w porównaniu z temi w szpitalach, naturalném więc jest żądać, aby nie gromadzono kobiet rodzących, aby je umieszczano w domach rozrzuconych lub lepiéj jeszcze, aby takowym udzielano pomoc we własnych mieszkaniach. Mam głębokie przekonanie, mówił *Dépaul*, że to jest jedyny sposób zniszczenia lub znacznego zmniejszenia tych morderczych epidemji, perjodycznie wnoszących żałobę w łono familji, gdzie lekarze nie mogąc przeciwstawić takowym epidemjom nic więcéj jak tylko środki niepewne, interweniują tylko, aby stwierdzić swoją bezsilność.

Według *Cruveilhier'a* jeden tylko jest sposób położenia tamy gorączce puerperalnéj: opróżnić domy położnicze i zamknąć je na klucz, czego dał już przykład *Paul Dubois*, a zatém znieść je zupełnie i wspomagać położnice w własnym domu. Wszystkie względy na praktyczne kształcenie uczniów winny ustąpić miejsca wielkim względom ludzkości. Tegoż zdania był *Trousseau* i inni.

Wykazy statystyczne dowiodły, że stosunek śmiertelności położnic jest następujący:

w szpitalach umiera 1-a na 19 kobiet rodzących;

w praktyce prywatnéj 1-a na 322.

przy pomocy udzielanéj przez bióra dobroczynne umiera 1-a na 142.

Instytucja zatém wielkich domów położniczych potępioną jest bezpowrotnie i wszelkie dyskusja na tém polu jest już zbyteczną. Idzie tylko o rodzaj reformy w pomocy, jaką dobroczynność winna nieść ubogim kobietom rodzącym. Można ulepszyć system pomocy w domu, lecz jest liczna klassa kobiet, które nie mogą pozostać w swojém mieszkaniu. Do tych należą: 1-o kobiety zamężne, którym mężowie nie pomagają i którym brak jest przedmiotów najniezbędniejszych do życia. 2-o Kobiety ciężarne niezamężne, tak liczne w wielkich miastach, które nie mają właściwie mieszkania stałego, należąc do klassy służących.

Większa część nie śmie wyznać panom swego stanu, z drugiéj strony mało jest panów dosyć litościwych, którzyby chcieli nieść pomoc swoim służącym.

Nie można więc znieść zupełnie domów schronienia dla tych nieszczęśliwych kobiet. Oto co Dr. *Charrier* proponuje:

1-o Znieść wielkie domy położnicze.

2-o Zredukować oddziały położnicze przy szpitalach do kilku tylko łóżek niezbędnych dla kobiet, które lecząc się w szpitalu z powodu innych chorób, tamże rodzą i dla tych które z trudnemi porodami należą do kategorji chorych, mających ponieść ciężkie operacje. Oddziały te winny być powierzone specjalnym akuszerom.

3-o Pozakładać małe dla kilku położnic domy rozrzucone po całém mieście, gdzie chore byłyby umieszczone każda w odzielnym pokoju pod opieką akuszerki i przy codziennych wizytach akuszera.

Reforma tego rodzaju położyłaby koniec morderczym epidemjom gorączki połogowéj, któréj ofiarą pada najmniéj 500 położnic rocznie w szpitalach. Gdyby przypadkiem pojawiła się epidemja w jednym z tych małych domków, łatwo byłoby przygasić ją, zamykając natychmiast takowy; zamknięcie zaś jednego nie pociągnęłoby żadnéj przeszkody w niesieniu pomocy innym chorym.

Od roku 1867 Administracja szpitalna zaczęła umieszczać kobiety rodzące u akuszerek pod nadzorem interna szpitalnego, co już wydało bardzo dobre rezultata, bo z 205 tego rodzaju kobiet jedna tylko umarła, w skutek czego liczba akuszerek przyjmujących kobiety rodzące ma być zaraz potrojoną.

KRONIKA TYGODNIOWA.

Ustawa normalna dla Towarzystw Lekarskich Gubernjalnych.

(Dokończenie).

§ 26. Na posiedzenia Towarzystwa wolno jest członkom wprowadzać chorych, jużto dla narady, już téż dla przedstawienia i objaśnienia przypadków rzadszych i zasługujących na uwagę pod względem praktycznym lub z powodu wykonanéj ważnéj chirurgicznéj operacji. § 27. Na początku posiedzenia Sekretarz odczytuje protokół posiedzenia poprzedzającego, następnie odczytuje nadesłaną pod imieniem Towarzystwa korrespondencję, donosi o nowo nadeszłych pracach, przysłanych w darze Towarzystwu lub do jego rozbioru, odczytuje artykuły podane do Towarzystwa przez różne osoby i nakoniec przedstawia przedmioty i kwestje mające być przez Towarzystwo rozstrzygane. Poczem obecni członkowie, podług kolei przez Prezesa wyznaczonéj, odczytują swoje prace lub donoszą ustnie o wszystkiem tem, co może zasługiwać na szczególną uwagę pod względem naukowym. § 28. We wszystkich przypadkach, gdzie poddane pod rozbiór Towarzystwa kwestje i przedmioty wymagają uprzedniego rozważenia, poszukiwań lub doświadczeń, z grona członków wyznaczonym zostanie komitet, który następnie przedstawia Towarzystwu zdanie swoje na piśmie o przedmiocie danym do rozbioru. § 29. Podczas posiedzenia nie wolno jest prowadzić postronnéj rozmowy i rozpraw w przedmiotach nie wchodzących w zakres działań Towarzystwa. Nie wolno jest także przerywać czytającym lub głos trzymającym. Czuwanie nad tem należy do Prezesa. § 30. Wobec różności zdań, Prezes wnosi, by kwestję sporną rozstrzygnąć za pomocą głosowania, lub odracza dalsze rozprawy w tym przedmiocie do następnego posiedzenia. Przy równości głosów, głos Prezesa przeważa. § 31. Naukowo-praktyczne wypracowania Towarzystwa, odnoszące się do ogólnéj hygieny lub innych przedmiotów wchodzących w zakres jego czynności i mogących przynieść korzyść administracji Lekarskiéj, Towarzystwo przedstawia Wydziałowi Lekarskiemu Rządu Gubernialnego do rozważenia, lecz w żadnym razie nie znosi się bezpośrednio z władzami administracyjnemi, policyjnemi lub sądowemi. § 32. Jeźli Wydział Lekarski R. Gub. przedstawi Towarzystwu kwestje naukowe do rozbioru i rozstrzygnięcia, Towarzystwo nie może się od tego uchylać.

§ 33. Protokóły Towarzystwa podpisują Prezes i wszyscy obecni członkowie. § 34. Nadzwyczajne posiedzenia, w miarę potrzeby zwoływa Prezes, o czem zawiadamia członków oddzielnemi zaproszeniami. § 35. Corocznie w dzień rocznicy założenia Towarzystwa odbywa się posiedzenie uroczyste, na którem Prezes zawczasu zaprasza wszystkich członków czynnych, honorowych, korrespondentów przybranych przebywających w mieście, jako téż osoby znakomitsze, uczonych i przyjaciół oświaty. § 36. Prezes zagaja przemową posiedzenie uroczyste, poczém członkowie lub w ogóle każdy z obecnych lekarzy odczytują własne naukowe rozprawy, następnie Sekretarz czyta sprawozdanie z zajęć i czynności Towarzystwa w ciągu ubiegłego roku, ze zmian w składzie jego osobistym, z nowych nabytków i t. p. Kassjer odczytuje sprawozdanie ze stanu majątkowego Towarzystwa, Bibliotekarz ze stanu biblioteki, narzędzi przyrządów i innych naukowych pomocy. § 37. W dniu uroczystego posiedzenia obierani są: nowy Prezes, Vice-Prezes, Sekretarz, Kassjer i Bibliotekarz, wybierani są członkowie honorowi i wyznacza się komitet złożony z członków honorowych dla sprawdzenia sprawozdań Kassjera i Bibliotekarza. § 38. O wyborze Prezesa i Vice-Prezesa Towarzystwo zawiadamia Gubernatora, przesyłając zarazem protokół z wyboru ich sporządzony. Sekretarza, Kassjera i Bibliotekarza zatwierdza na urzędach samo Towarzystwo. § 39. Prezes przedstawia Medycznemu Departamentowi Ministerium Spraw Wewnętrznych roczne sprawozdanie o działaniach Towarzystwa, wraz z listą imienną jego członków, korrespondentów i członków przybranych, które dla wiadomości powszechnéj ogłasza drukiem oddzielnie albo w dzienniku gubernialnym lub inném piśmie perjodyczném. § 40. Każdy członek korrespondent i członek przybrany otrzymuje egzemplarz Ustawy Towarzystwa opatrzony pieczęcią. § 41. Towarzystwo ma prawo, w razie uznanéj przez siebie potrzeby, zaprowadzać w obecnéj Ustawie (normalnéj) zmiany lub dopełnienia, które jednakże nie mogą wejść w wykonanie jak tylko po poprzedniem ich zatwierdzeniu przez Ministra Spraw Wewnętrznych. Oryginał podpisali: za Prezesa Rady Lekarskiéj, Tajny Radca *Mende* i PP. członkowie Rady podpisano: Sekretarz naukowy, *E. Lentz*; za zgodność: Naczelnik wydziału *T. Imsen*.

— **Nowa Apteka w Warszawie.** P. *Schmidt*, prowizor Farmacji b. Akademji Medyko-Chirurgicznéj Warszawskiéj, w dniu 29 Listopada otworzył aptekę aleopatyczną. Od roku 1867 P. *Schmidt* posiada przy ulicy Mazowieckiéj aptekę homeopatyczną, pod nazwą: *apteki homeopatycznéj centralnéj*. Władza dając mu polecenie na otworzenie w tym samym domu nowéj apteki, poleciła centralną homeopatyczną aptekę uważać za oddział apteki aleopatycznéj. W wymienionym dniu, w obecności JW. R. R. St. Inspektora Lekarskiego przy Namiestniku Królestwa, wielu lekarzy, niektórych aptekarzy, Inspektor Lekarski M. Warszawy przeczytał pozwolenie władzy na otworzenie apteki, poczem takowa otwartą została i czynności się w niéj rozpoczęły. Zwiedzając aptekę P. *Schmidt'a*, znaleźliśmy ją zaopatrzoną obficie we wszelkie preparata lekarskie, znaczny zapas specjalji zagranicznych posiadającą, oraz w sprycki, cewniki elastyczne, suspensorja i t. p. rzeczy, które się w aptekach znajdować zwykły. Urządzenie apteki wytworne, laboratorium, kąpiele: parowe, wodna i piaskowa, odpowiadają wszelkim wymaganiom nauki.

Zeszyt II-gi Tomu II-go **Wykładu chorób przyrządu wzrokowego u człowieka, profesora Szokalskiego**, zawiera: Choroby błony tęczowéj, zranienia i krwotoki siatkówki, jéj przekrwienie, zapalenie, zwyrodnienia, nowotwory; przyczyny ślepoty, błyskoty i iskrzyki, nieczułość na barwy; ciało szkliste i jego choroby; rozwój i zboczenia wrodzone soczewki.

Zeszyt III-ci Tomu II-go, dziś wypuszczony na widok publiczny, zawiera: Zranienia soczewki, zaćmy cz. katarakty, rozpłynienie się soczewki, operatcje zaćmy, zaćmy woreczka soczewkowatego, blaszkę promienistą *Zinn'a*. Opis przyrządu opnycznego oka, akomodację.

Całe dzieło w b. m. ukończone zostanie, upraszamy Szanownych Prenumeratorów, zalegających w opłacie, aby takową nadsyłać zechcieli.

Redaktor, Z. Dobieszewski.

---

w Drukarni J. Jaworskiego.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowéj.—Cena pojedynczego arkusza kop. 15 (złp.